FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926 — THÈSE — N° _

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

LOUIS LEBOUT

Né à Nogent-le-Rotrou, le 17 Novembre 1898

QUELQUES ASPECTS CLINIQUES DE L'HÉRÉDO-SYPHILIS

Hérédo-Syphilis de 1r et de 2e génération

Hérédo-Syphilis attardée de l'adulte

Président : NOBECOURT, *Professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, RUE RACINE, 15

1926

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Le Doyen : M. ROGER

I. — PROFESSEURS

Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	ROGER
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	N...
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	SICARD
Pathologie chirurgicale	LECENE
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	N...
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER
Pathologie expérimentale et comparée	N...
Clinique médicale	GILBERT BEZANÇON ACHARD WIDAL
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET HARTMANN LEJARS GOSSET
Clinique ophtalmologique	TERRIEN
Clinique urologique	LEGUEU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE BRINDEAU JEANNIN
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	OMBRÉDANNE
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL
Clinique de Propédeutique	SERGENT
Professeur sans chaire	ROUVIÈRE

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI. . . . . Pathologie médicale.
ALGLAVE. . . . . Pathologie chirurgicale
AUBERTIN. . . Pathologie médicale.
BASSET. . . . . Pathologie chirurgicale
BAUDOUIN. . . Pathologie médicale.
BINET. . . . . Physiologie.
BLANCHETIÈRE Chimie biologique.
BRANCA. . . . . Histologie.
BRULÉ. . . . . Pathologie médicale.
BUSQUET. . . . Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT. . . Pathologie chirurgicale
CHAMPY. . . . . Histologie.
CHIRAY. . . . . Pathologie médicale.
CLERC. . . . . Pathologie médicale.
DEBRÉ. . . . . Hygiène.
I. de JONG. . . . . Anatomie pathologique
DUVOIR. . . . . Médecine légale.
ÉCALLE. . . . . Obstétrique.
FIESSINGER. . Pathologie médicale.
FOIX. . . . . Pathologie médicale.
GARNIER. . . . . Pathologie expériment
HARVIER. . . . . Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER. Urologie.

MM.

HOVELACQUE. Anatomie.
JOYEUX. . . . . Parasitologie.
LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
LARDENNOIS. . Pathologie chirurgic
LE LORIER. . . . Obstétrique.
LEMAITRE. . . Oto-rhino-laryngolo
LEMIERRE. . . Pathologie médical
LÉVY-SOLAL. . Obstétrique.
LHERMITTE. . . Pathologie mentale.
LIAN. . . . . Pathologie médicale
MATHIEU. . . . . Pathologie chirurgic
METZGER. . . Obstétrique.
MOCQUOT. . . Pathologie chirurgic
MONDOR. . . . . Pathologie chirurgic
MOURE. . . . . Pathologie chirurgic
MULON. . . . . Histologie.
PHILIBERT. . . Bactériologie.
RIBIERRE. . . Pathologie médicale
RICHET Fils. . . Physiologie.
TANON. . . . . Pathologie médicale
VAUDESCAL. . . Obstétrique.
VERNE. . . . . Histologie.
VILLARET. . . Pathologie médicale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

GOUGEROT. . . Pathologie médicale.
GUÉNIOT. . . . . Obstétrique.

M. RETTERER. . . Histologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

MM.	
JUVRAY.	Clinique chirurgicale.
HEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.
IGNEL-LAVASTINE.	Clinique médicale.
CREBOULLET. .	Clinique médicale infantile.

MM.	
LÉRI.	Clinique médicale.
LŒPER	Clinique médicale.
PROUST.	Clinique chirurgicale.
RATHERY. . . .	Clinique médicale.
SCHWARTZ . . .	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

M. MAUCLAIRE, agrégé.	Chargé du cours de chirurgie orthopédique pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE

Dont l'indulgence et la bonté furent sans bornes. Je lui dédie ce modeste travail en témoignage de ma grande affection.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Qui s'imposèrent toujours pour moi tant de sacrifices. Que leur vie de droiture et de labeur soit le guide de toute ma carrière. Qu'ils trouvent ici l'expression de ma profonde tendresse et de ma vive reconnaissance.

A MON JEUNE FRÈRE HENRI,

Qui trouvera toujours en moi le meilleur et le plus fidèle des soutiens.

A LA MÉMOIRE DE MON CHER COUSIN ROGER LEBOUT,

Jeune ingénieur chimiste, de brillant avenir, arraché trop brutalement à notre affection, en servant la France au 37e d'aviation.

MEIS et AMICIS

A mon président de thèse,

Monsieur le Professeur NOBECOURT

Professeur de cliniques des maladies infantiles
à la Faculté de Paris.
Médecin de l'Hôpital des Enfants malades,
Membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'Honneur.

Qui a bien voulu nous faire le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A Monsieur le Docteur GRENET
Médecin à l'Hôpital Bretonneau

Qui voulut bien nous suggérer ce travail et dont les conseils éclairés et bienveillants nous guidèrent. Nous lui adressons ici l'hommage de notre profonde gratitude.

A nos Maîtres de l'Hôtel Dieu de Clermont-Ferrand:
MM. les docteurs BUY, BILLARD, MAURIN, BOUSQUET, LEPETIT, ALARY, MERLE, MORNAC, GRASSET, PIOLLET, MOUREYRE.

A la mémoire de notre regretté Maître
Monsieur le Docteur BERGÉ
Médecin à l'Hôpital Broussais

A nos autres maîtres de la Faculté de Paris
MM. les docteurs CUNCO, DEVRAIGNE, LESNÉ

AVANT PROPOS

Il n'est plus permis de douter que l'Hérédo-syphilis soit en cause là ou nul n'aurait songé à l'invoquer il y a peu de temps encore. Son domaine s'est élargi — démesurément disent d'aucuns. C'est qu'elle a bénéficiée de multiples travaux récents. Elle est devenue « à la mode » — et elle y a gagné. La sanction officielle est venue pour beaucoup de manifestations jusqu'ici tenues comme douteuses quant à leur origine hérédo-syphilitique. Et la récente conférence de la syphilis héréditaire (1) a définitivement revisé, en les élargissant, les frontières de l'hérédo-syphilis.

Mais bien des points restent encore controversés — ou même peu étudiés. Deux d'entre eux ont retenu notre attention ; c'est avant tout :

Les caractères différentiels entre l'hérédo-syphilis de 1e et de 2e génération ;

C'est ensuite l'hérédo-syphilis tardive de l'adulte.

On ne s'est guère attaché jusqu'ici, à trouver quelle marque propre individualisait la syphilis chez le fils de syphilitique, et chez le petit fils de syphilitique. Il ne faut pas s'en étonner : le temps n'est pas loin

(1) Conférence de la syphilis-héréditaire, Paris, Oct. 1925.

ou cette syphilis de 2e génération était encore niée. La transmission ultérieure d'une syphilis héréditaire, sans nouvelle infection syphilitique acquise, paraissait chimérique à beaucoup d'auteurs. Et il faut bien avouer que le problème de cette transmission de l'hérédo-syphilis est loin d'être tranché. A dire vrai il n'a pas été abordé.

Nous ne l'aborderons pas davantage : c'est une question dont l'envergure dépasse de beaucoup le cadre de ce simple travail.

Mais les faits cliniques sont patents : il est une syphilis héréditaire de 2e génération. La transmission peut même être décelée plus avant, et l'on sait des faits indéniables ressortissants à une syphilis de 3e génération.

Quel est l'aspect de cette syphilis de 2e génération ? Est-elle nettement différente de l'atteinte à la 1re génération ? C'est là uniquement ce que nous avons voulu demander à quelque documents cliniques. Les auteurs sont peu nombreux qui ont tenté cette discrimination : certains ont du reste conclu à l'identité absolue des manifestations syphilitiques à la prime ou a la seconde génération. Nous nous proposons simplement, en dépouillant quelques observations cliniques de trouver quelques différences d'une étape à l'autre. Ce ne sera qu'une petite contribution à l'étude de la famille syphilitique, étude qui mériterait d'être appuyée sur des faits beaucoup plus nombreux.

Pour l'hérédo-syphilis tardive de l'adulte elle est mieux connue. Et là encore nous n'avons réuni qu'un

petit nombre de cas cliniques afin de mettre en valeur simplement l'intérêt qu'il y a parfois à soupçonner l'hérédo-syphilis là ou l'on n'y pense pas toujours : intérêt de diagnostic et de pathogénie au premier chef, et c'est le cas notamment pour l'hypertension artérielle des jeunes dont l'origine hérédo-syphilitique éclaire l'histoire. Intérêt de traitement et de pronostic sans doute.

Nous étudierons donc :

1° Dans un 1r chapitre : L'Historique de la question et il reste fort court.

2° Dans un 2e chapitre nous donnerons des observations de syphilis tardive de 1re génération.

3° Le 3e chapitre comportera des observations de syphilis tardive de 2e génération.

4° Un 4e chapitre discutera les caractères différentiels s'il en est entre syphilis de 1re et syphilis de 2e génération.

5° Des faits de syphilis tardive dépistée chez l'adulte seront exposés et discutés.

On ne trouvera là que des documents cliniques et nous nous tiendrons pour trop heureux si l'exposé de ces faits peut constituer une base et une hypothèse de travail pour des recherches plus documentées et plus approfondies.

Nous devons d'ailleurs signaler que ces documents

cliniques font l'objet d'un travail de Messieurs les Docteurs Grenet et Pellissier, actuellement à l'impression et nous devons les remercier d'avoir bien voulu nous fournir les éléments cliniques et les conseils pour cette thèse.

CHAPITRE I

Historique.

Si de très longue date, la transmission de la vérole constitutionnelle du père ou de la mère à leur enfant était connue et décrite, ou ignorait ou l'on niait que la transmission fut possible à la 2e génération, et au delà. Cette notion est toute proche de nous.

On voit en effet Hansen affirmer en 1875, que la syphilis ne comporte : ni hérédité collatérale, ni reproduction pendant une série de générations (1).

De même en 1883, Vibert, dans l'article si complet du dictionnaire de médecine et chirurgie pratique (2) ne croit pas au passage de la syphilis héréditaire au delà de la 1re génération.

Cependant il faut noter que trois auteurs, Melchior Robert Hutchinson et Atkinson avaient chacun publié une relation de syphilis de 2e génération. Mais l'interprétation en avait paru douteuse. Seul Laschewitz se demandait si ce passage à la 2e génération ne pourrait pas être possible en épargnant la 1re génération.

En fait on peut dire que ces observations isolées étaient passées complètement inaperçues.

C'est de Fournier que date la syphilis de 2e génération : il en apporta des preuves cliniques et en soutint l'existence, voire même la fréquence :

En 1891 dans un ouvrage sur l'hérédité syphilitique (3).

Dès lors, des polémiques eurent lieu qui aboutirent à la connaissance ferme d'une hérédo-syphilis dépassant la 1re génération.

Barthélemy apportait au Congrès de Moscou de 1897 des documents cliniques à l'appui de cette thèse (4) et dans sa thèse, Ed. Fournier reprenait pour les appuyer les idées de son père (5).

Mais au Congrès de Paris trois ans plus tard alors qu'Ed. Fournier étudiait précisément les « Dystrophies de l'Hérédo-syphilis de 2e génération », on voyait Tarnowsky soutenir qu'en pareil cas, le père hérédo-syphilitique avait lui-même contracté une syphilis acquise. C'était ce qu'il appelait la « *Syphilis Binaire* » remarquable en ce qu'elle ne donnait alors à la génération suivante que des dystrophies sans lui transmettre une syphilis virulente (6 et 7).

Cependant la syphilis de 2e génération fût dès lors admise, retrouvée, et maintes fois vérifiée en dehors de toute nouvelle syphilis acquise par la 1re génération : si bien que, dès 1905, Ed. Fournier consacrait un ouvrage à « L'Hérédo-Syphilis de 2e génération » (8).

Des observations indiscutables étaient d'ailleurs publiées vers la même époque, notamment celles de Gaucher et Glover (9) de Jacquet et Barré (10).

Il est devenu banal, depuis lors, de trouver ces cas d'infection transmise au delà de la 1re génération.

Mais quant à établir en quoi la syphilis peut varier dans ses modes cliniques d'une génération à l'autre bien peu ont paru s'y intéresser. La « famille syphilitique » reste très peu étudiée. Et il n'est guère que Audrain (de Caen) et Leredde pour avoir abordé le problème. Audrain pose nettement la question des différences chimiques à la 1re et à la 2e génération: différences minimes, selon lui et qui ne sont que des degrés dans des moules cliniques semblables (11).

Quant à Leredde, il écrit : « Sauf l'absence de formes hypervirulentes je n'ai pas constaté jusqu'ici de différences d'ordre clinique entre la syphilis de 1re et 2e génération. Ce qui ne veut pas dire qu'il n'y en ait pas : différences que pourront relever des médecins placés dans de meilleures conditions, que moi-même » et il ajoute, après avoir lui même lu des observations d'Audrain, que : « les différences cliniques d'un génération à l'autre, n'apparaissent pas aussi précises que l'auteur parait l'indiquer » (12).

Enfin, les autres auteurs paraissent s'efforcer d'élargir le catalogue de l'Hérédo-syphilis, plutôt que l'étudier, génération par génération. De là, l'importance prise par la « syphilis larvée » on en jugera en lisant la liste des troubles qu'on lui attribue par exemple dans un article de Boutelier (La syphilis héréditaire larvée, Bulletin médicale, juin 1925) ou dans les nombreux rapports et exposés à la conférence récente de la Syphilis héréditaire.

Mais il n'est pas encore établi quels — parmi ces nombreux troubles — sont plus spéciaux à l'atteinte de 1re génération et quels plus particuliers à la syphilis de 2e génération.

Seule une thèse récente (13) prend nettement position : l'auteur conclut qu'il n'y a pas de différences entre les accidents de l'une et de l'autre génération. C'est que le virus syphilitique dit-il « endormi » à la 1re génération se réveillerait à la 2e génération pour créer des lésions appartenant d'ordinaire à la précédente.

On voit donc qu'il peut être utile de vérifier ces points et de chercher des ressemblances ou des différences d'une génération à la suivante.

Mais pour l'*Hérédo-syphilis chez l'adulte* nous ne remonterons pas à l'origine, encore qu'on ne remonte très loin et qu'ici encore le nom de Fournier marque la consécration clinique de ces faits. Depuis, de multiples observations ont été rapportées, jusqu'à celle de M. Pinard ayant trait à la découverte des troubles d'origine hérédo-syphilitique chez un sujet âgé de 72 ans.

Chapitre II

Observations de syphilis Héréditaire de 1ere génération.

1. — *Observation typique de syphilis hypervirulente avec stigmates classiques.*

Il s'agit d'un jeune homme de 24 ans, R. Pierre, venu consulter à l'hôpital Laënnec en mars 1924 pour un gonflement indolore du genou gauche et une ulcération indolore de la luette ;

1° *Le genou gauche* a déjà présenté une hydarthrose en 1923, chaque fois elle a été indolore, sauf tout au début. C'est une hydarthrose tendue, au point d'empêcher l'appréciation du choc rotulien ;

2° *L'ulcération de la luette* inquiète le malade chez qui on l'a découverte récemment lors d'un Conseil de Révision. Circulaire, de la taille d'une lentille à bords nets elle encoche la luette à l'emporte pièce et reste totalement indolore ;

Mais à ces accidents il faut ajouter des troubles oculaires et auriculaires.

3° *Troubles Oculaires* datant de 1920 : le malade fit alors une Kératite interstitielle bilatérale.

4° *Troubles auriculaires* : apparus ensuite et persistant depuis lors. Ce malade se plaint en effet de bourdonnements continuels, renforcés par moments, et toujours plus fort du côté droit, accompagnés souvent de vertiges.

Mais à l'examen on trouve d'autres stigmates d'hérédo-syphilis :

Le facies est typique à lui seul, imposant pour ainsi dire le diagnostic : le nez est en lorgnette les bosses frontales sont saillantes, olympiennes.

Les dents sont petites et présentent surtout les incisives supérieures, une ébauche des déformations d'Hutchinson.

La voute palatine est fortement ogivale.

Les tibias enfin offrent un épaississement considérable surtout au niveau du tibia gauche.

L'Enquête familiale est démonstrative :

Il y a un frère que nous avons examiné : agé de 19 ans en bonne santé, chez qui l'on constate :

Un tubercule de Carabelli ;

Une inégalité pupillaire.

Son père sait avoir eu la syphilis avant de se marier, on lui trouve :

Une leucophasie commissurale bilatérale ;

Un bruit de galop cardiaque ;

Une T. A. à 24,5 — 13.

Sa mère a eu 7 grossesses :

2 enfants nés avant terme et n'ayant vécu que quelques jours ;

1 enfant né à terme, mort à 3 mois ;

1 fils : c'est notre malade ;

1 fils : c'est son frère moins touché ;

2 fausses couches après ces 2 enfant vivants.

Ce malade a été traité énergiquement (Novar intra-veineux, Benzo-Bismuth : intra musculaire, cyanure de Mercure intra-veineux, lodure de Potassium per os.) Néanmoins l'hydarthrose récidive encore et en janvier 1925 le B. Wassermann est positif.

Conclusion : *Hérédo syphilis de* 1ere *génération avec :*

Lésions oculaires, auriculaires, dentaires ;

Hydarthrose à répétition ;

Facies typique ;

Persistance des accidents et de la sérologie après traitement énergique.

2. — *Observation d'une syphilis fruste de* 1ere *génération*

(Communiquée par M. Pellissier interne du Dr Grenet.)

Mme P., 36 ans. Cette femme vient consulter pour des crises épileptiques apparues depuis 1918, rapprochées au point de constituer parfois un véritable état de mal.

Les 1ere *crises* semblent avoir été du type bravais-jacksonien brachial.

Depuis 1921 il y eut des crises généralisées.

Actuellement, ces crises sont fréquentes surtout nocturnes survenant en série.

L'examen reste négatif pour :

L'appareil pulmonaire, le tube digestif, le cœur.

Les réflexes tendineux sont vifs, polycinétiques surtout les rotuliens.

Les reflexes oculaires sont normaux, mais la pupille gauche est légèrement irrégulière.

La Réaction de B. Wassermann, fut partiellement positive dans le sang avec Hecht totalement positif.

L'Enquête familiale donna les plus précieux renseignements.

Le père de cette malade est mort brusquemnet à l'âge de 48 ans.

La mère est suivie par nous pour un ictus survenu en juillet 1924, suivi d'une hemiplégie droite à prédominance sur le membre supérieur avec aphasie. L'hypothèse d'un ramollissement cérébral semble s'être vérifié par la régression de ces troubles, jusqu'à un nouvel ictus, qui les fait reparaître. Mais cette femme a : une inégalité pupillaire une aortite avec atteinte du myocarde (pouls alterne pendant 3 jours au moment du 1^er^ ictus).

Le B. W. dans le sang fut positif.

Et l'amélioration a été parallèle à un traitement spécifique.

Il y a eu 3 enfants :

L'ainé : un garçon mort à 2 ans.

*La 2^eme^* : notre malade qui eut des convulsions à l'âge de 18 mois.

*La 3^eme^* : une fille de 19 ans qui présente :

Une anémie apparente vérifiée hématologiquement (G. R. 3.260.000. Hémoglobine 80 o/o).

Une inégalité pupillaire ;

De l'écartement des incisives médianes supérieures ;

Des incisives supérieures érodées, atrophiées ;

Une voute palatine ogivale ;

Des troubles ovariens (réglée à 16 ans 1/2, règles irrégulières et douloureuses) ;

Enfin troubles névropathiques, pouvant même poser la question d'équivalents épileptiques ;

Le B. W. a été négatif dans le sang.

Conclusion : *Hérédo-syphilis de* 1ere *génération :*

Mais sans stigmates avec comme seules manifestations des *crises épileptiques* tantôt partielles, tantôt généralisées.

Le traitement spécifique (sulfarsénol sous cutané et Bismuth intra-musculaire a fait presque complètement disparaître ces crise, fournissant ainsi la preuve de l'origine syphilitique.

CHAPITRE III

Syphilis de 2e génération.

1. — *Famille V....* (observation due à l'obligeance du Dr Grenet).

9 enfants tous nés à terme. La mère a fait au début de son mariage, une fausse couche de six semaines, après un gros effort en portant un paquet très lourd.

Voici le résumé des observations faites jusqu'en juillet 1925.

Chez aucun il n'y a de troubles de l'intelligence ou du caractère.

1° *Jean,* 18 ans (né en 1907) s'est bien élevé dans la 1re enfance. Phimosis infecté à 4 ans, coqueluche à 10 ans broncho pneumonie, adénopathie trachéo-bronchique constatée à la radioscopie ; petites poussées fébriles fréquentes jusqu'à l'âge de 17 ans, à partir de ce moment, amélioration de l'état général, disparition de la fièvre, disparition de tous signes stéthoscospiques ou radioscopiques.

Jeune homme travailleur, mais qui n'a pu poursuivre ses études classiques à cause de son état de santé. Grand, mince, pas de stigmates dystropiques.

2° *André*, 17 *ans* (né en 1908), a présenté de 18 mois à 3 ans des accès de spasme glottique avec syncope, et une petite paraplégie spasmodique avec exagération des réflexes et signe de Babinski ; gênant le malade sans l'empêcher ; le professeur Hutinel a fait alors un diagnostic de maladie de Little fruste. Tous les symptômes ont complètement disparus *vers l'âge de* 5 *ans :* marche normale, réflexes normaux. Appendicite chronique opérée à 12 ans. Très bonne santé depuis. Orteils en marteau. Pas de stigmates dystrophiques.

Wassermann et Hecht suspects.

3° *Joseph* 15 ans (né en 1920) Otite à 2 ans. Péritonite tuberculeuse avec ascite libre à 10 ans, guérison apparente au bout de 4 mois, puis rechute de très courte durée et guérison définitive. Opéré d'appendicite chronique quelques mois après. Aucun symptôme thoracique.

Tubercules de Carabelli de moyenne grosseur par d'autres anomalies dentaires, appendice xyphoïde existant. Bonne santé générale.

4° *Marie*, 14 ans (née en 1911). Très bonne santé dès le 1er âge. Réglée normalement en septembre 1924. Absence d'appendice xyphoïde. Aucune dystrophie dentaire ou osseuse.

5° *Marguerite-Marie*, 12 ans 1/2 (née en 1913). Mictions douloureuses traitées sans succès par belladone, hydrothérapie, électricité et qui continuent actuellement. Eczéma intense et rebelle du conduit auditif externe. Absence

d'appendice xyphoïde, très gros tubercules de Carabelli. Enfant pâle et un peu frêle. Wassermann et Hecht faiblement positif.

6° *Bernadette*, 9 ans (née en 1916), alimentation difficile (biberon), dans la première enfance (vomissements). Inappétence persistante. Enfant chétive, mauvaise mine. Très gros tubercules de Carabelli. Appendice xyphoïde existant. Wassermann et Hecht partiellemnt positifs.

7° *Louis*, 6 ans 1/2 (né en 1919). Dans la première enfance inappétence complète, ne criait, ni ne buvait ; vomissements. Coqueluche à 6 mois, rougeole suivie de bronchopneumonie en 1924. Enfant maigre de petite taille.

8° *Michel*, 5 ans (né en 1920). Très bel enfant.

9° *François*, 3 ans (né en 1922). Enfant normal, s'élevant sans difficulté.

Il est à noter que ces trois derniers enfants n'ont pu être revus récemment, et que l'existance des stigmates dystrophiques n'a pu être recherchée.

Antécédents Héréditaires

Grand père paternel	Grand mère paternelle	Grand père maternel	Grand mère maternelle
Mort à 86 ans : était atteint depuis de longues années d'une bronchite chronique avec expectoration abondante. Recherche du bacille de Koch négative à plusieurs reprises.	A eu quatre enfants à terme : une fille ainée morte récemment de récidive de cancer du sein : un fils aîné père des enfants ci-dessus mentionnés, deux enfants morts tout jeunes. *Elle a fait douze fausses couches,* (3 entre chaque grossesse normale).	Mort il y a quelques années. *Syphilis connue* contractée avant le mariage et traitée.	Pas d'antécédents connus. Troubles mentaux, Vit encore.
1 fille (morte de récidive de cancer du sein). S'est mariée et a eu une fille.	1 fils père des enfants examinés. Agé de 48 ans. Taille normale. Très maigre. N'est jamais malade. Pas de syphilis acquise.	1 fille unique. Mère des enfants examinés. Robuste et de bonne santé apparente.	

CONCLUSION : Hérédo-Syphilis de 2e génération provenant à la fois de la lignée maternelle et de la lignée paternelle.

Absence de stigmates.

Simples troubles de la santé générale, du développement avec cependant syndrôme de Little fruste chez l'un des enfants.

2. — *Famille C...*

(Observation du Dr Grenet.)

Ici l'enquête familiale a été entreprise à l'occasion de C. Jacques, 14 ans 1/2.

C. Jacques, 14 ans 1/2 : cet enfant vu le 27 juillet 1925 est amené parce qu'il n'est pas intellectuellement et physiquement normal.

Il éprouve une grande difficulté au travail, une impossibilité de fixer l'attention. Il est dans les 3 ou 4 derniers de sa classe, sans être turbulent il n'écoute pas le professeur, est continuellement distrait. Pendant les vacances, son père arrive a lui faire rattraper un peu de temps perdu. Mais tout est bientôt à recommencer.

Physiquement : il est de petite taille (correspondant à l'âge de 11 ans.

A l'examen : Voute palatine légèrement ogivale. Pas d'érosions dentaires, mais implantation dentaire irrégulière. La prémolaire droite supérieure est absente. La prémolaire gauche est naine, à peine visible, n'ayant aucune tendance à se développer.

Testicule droit atrophié ;

Phimosis ;

Pas de distrophies osseuses, pas de grosse rate ni de gros foie.

Dans ses antécédents, rien de saillant.

Mais le B. Wassermann est faiblement positif.

L'Enquête familiale ne va révéler que peu de choses en ce qui concerne les collatéraux. Il y a en effet 7 enfants, tous nés à terme. Pas de fausses couches. Ces 7 enfants sont normaux.

Mais les Antécédents héréditaires donnent la clef de cette syphilis héréditaire :

Mais les **Antécédents Héréditaires** donnent la clef de cette syphilis héréditaire

Grand-père paternel	Grand-mère paternelle	grand-père maternel	grand-mère maternelle
Mort à 72 ans subitement.	Bien portante.	Mort à 60 ans, après une hémiplegie progressive, accompagnée de crises comitiales. Début des accidents vers 50 à 55 ans.	Agée de 68 ans. Hémiplegie forte sans aphasie.

Père	mère	
Bien portant. Pas de syphilis acquise. B. W. négatif.	A deux dents de lait persistantes, développement retardé jusqu'à la puberté.	2 frères et 1 sœur de la mère ont tous des dents naines ou des dents de lait persistantes, un frère est marié et sa femme a eu plusieurs fausses couches.

CONCLUSION : Hérédo-syphilis de 2e Génération : le grand-père maternel a présenté des accidents de nature specifique non douteuse. Anomalies dentaires dans la famille maternelle.
Troubles dystrophiques légers.
Troubles intellectuels consistant surtout en instabilité, troubles de l'attention.
Amélioration par traitement spécifique et opothérapique.

3. — *Famille Lam...*

(Observation du Dr Grenet.)

C'est une famille de 7 enfants. Voici le résumé des observations faites depuis plusieurs années sur les différents membres de cette famille.

1° *Madeleine*, 17 ans 1/2. Maux d'oreilles dans l'enfance.

Dans ses 1re années : Jalousie excessive à l'égard de son frère ainé dont il fallait la séparer ;

Actuellement : développement physique normal ;

Aucun stigmate ;

Intelligence et activité normale ;

Quelques troubles menstruels ;

B. Wassermann et Hecht négatifs en 1924.

2° *René*, 16 ans 1/2. Crises fréquentes d'entérite dans les 1re années ;

Retard de développement physique et intellectuel ;

La taille est restée notablement au dessous de la normale jusqu'à l'âge de 14 ans ;

N'a jamais pu fournir de travail utile jusqu'à ces dernières années ;

Il a commencé à se développer physiquement à partir de 14 ans mais n'a fait pour son instruction aucun progrès sérieux ;

Il est distrait et lent, avec un caractère difficile et cassant ;

A l'examen : pas de stigmates.

3° *Simone*, 14 ans, Entérite dans l'enfance. Maux de tête fréquents.

Normale sous le rapport de l'intelligence et du caractère.

A l'examen : Persistance des canines de lait ;

Hypotension artérielle (9,5 — 5) ;

De plus : en mai 1925 étant en pension, l'enfant a eu par 3 fois des malaises avec vertiges sans aller jusqu'à la perte de connaissance. Les malaises se sont reproduits : l'enfant les sent venir, éprouve une impression d'angoisse et de frayeur. Pas de perte de connaissance pas d'émission d'urines. Disparition immédiate et prolongée sous l'influence du gardénal.

4° *Suzanne*, 13 ans.

Enfant retardataire : a passé 2 ans à St-Maur dans un établissement spécial (de 9 à 11 ans). Elle a appris à lire et à écrire, mais oubliait tout ce qu'elle savait pendant les vacances ;

Lit avec peine en ce moment ;

Ecrit son nom avec peine et fort mal ;

Incapable de faire une addition simple ;

Pas de stigmates physiques ;

R. de Wassermann et Hecht légèrement positifs.

Le traitement spécifique a d'ailleurs notablement amélioré cet enfant : elle travaille mieux n'a pas perdu pendant les vacances ce qu'elle a appris et elle a grandi.

5° *Georges*, 10 ans 1/2. A parlé assez tard. Pas d'anomalies osseuses ou dentaires. Phimosis.

Incontinence d'urine diurne et nocturne qui a duré jusqu'à l'âge de 8 ans.

Enfant apathique et indiscipliné. Tristesse habituelle allant jusqu'à des idées de suicide.

Travail nul jusqu'à l'âge de 9 ans ; on a refusé de le garder au collège. D'autres essais d'éducation ont été infructueux. Depuis un an cependant, amélioration certaine.

6° *Michel,* 8 ans 1/2. Enfant de petite taille mais sans stigmates. Paresseux il travaille mal. Education très en retard.

7° *Jean,* 6 ans. Est normal physiquement et intellectuellement, mais il n'a commencé à parler qu'à l'âge de 3 ans. De plus on note qu'il est fort paresseux et apathique.

Les antécédents héréditaires éclairent tous ces troubles divers :

Grand père paternel	Grand mère maternelle	Grands parents maternels
Tabés - Anévrysme aortique - Mort par hémorragie foudroyante (Rupture de l'anévrysme dans la trachée ou l'œsophage).	Morte à 70 ans - avait eu des hémoptysies.	Rien de suspect.

2 Enfants.

Père	Une sœur	Mère
50 ans - Pas de syphilis acquise - Fragilité osseuse dans l'enfance (2 ou 3 fractures pour de petits Traumatismes) - Normal intellectuellement Bon équilibre mental.	Pas de tare connue.	Normal physiquement et intellectuellement.

Conclusion : Hérédo-syphilis de 2e génération d'origine paternelle, elle vient du grand père paternel.

La lignée maternelle est indemne.

Troubles du caractère et de l'intelligence tendant à s'améliorer avec l'âge et surtout avec le traitement spécifique et opothérapique.

Anomalies physiques des plus minimes.

4. — *P. René*

Il s'agit ici d'un cas très différent : c'est un enfant mort 3 jours après sa naissance et ayant présenté des hémorragies notamment du mélena.

Sur cet enfant, né et mort en mars 1924 nous n'avons pu avoir d'autres renseignements si non qu'il y avait un gros placenta.

Tout l'intérêt de ce cas est qu'il s'oppose au précédent par sa virulence.

Il s'agit encore d'hérédo-syphilis de 2° génération.

Grand-pere maternel	Grand-mère maternelle	Grands parents Paternels
Mort brusquement à 42 ans,	Rien de spécial.	Rien de suspect.

Mère		Père
Malformations dentaires - Anémie grave avec grosse rate.	1 frère : mort 2 mois après sa naissance. 1 sœur : n'a jamais marché ni parlé est morte à l'âge de 4 ans.	Rien d'anormal, pas de syphilis acquise.

Ici la mère était atteinte d'une hérédo-syphilis grave avec anémie intense : nous retrouverons du reste son histoire plus loin à propos de la syphilis tardive chez l'adulte. Aussi son enfant a-t-il été frappé d'une syphilis de 2° génération hypervirulente à laquelle il n'a pas survécu.

Conclusion : Hérédo-syphilis de 2° génération (venant du grand père maternel). Syphilis hypervirulente avec mort du sujet 3 jours après sa naissance par mélena.

CPAPITRE IV

Discussion de ces observations.

1. — *Syphilis de 1re génération.* Nous n'avons rapporté que 2 observations, mais elles nous ont paru schématiques.

L'observation n° 1 offre en effet un tableau classique d'Hérédo-syphilis tardive. Nous revenons sur ce que dès l abord — le faciès du malade orientait le diagnostic. C'est là un cas fréquent et ces stigmates tellement nets qu'ils signent d'emblée la vérole sont bien connus. Notons en outre chez ce malade.

1° L'indolence des lésions particulières ;

2° Le caractère récidivant de l'hydarthrose qu'il avait.

L'observation n° 2 fait contraste avec la précédente. Et nous l'avons rapportée justement pour faire quelques réserves sur la netteté des lésions et stigmates de la 1re génération. En effet ce cas se rapporte à une femme qui ne présentait aucun stigmate et chez qui le seul trouble était d'ordre nerveux sous forme de crise convulsives.

Dans les 2 cas, remarquons l'importance de l'enquête familiale, puisqu'elle accuse nettement l'origine de la syphilis.

Dans la 1re observation le père du malade avait eu la sy-

philis — et la léthalité des enfants mis au monde par sa femmes est des plus significatives.

Dans la 2e observation on trouve la syphilis chez la mère de la malade, et on la retrouve chez une sœur.

On doit ajouter que dans ce 2e cas nous avons pris la peine d'éliminer une syphilis acquise par la malade elle-même : son mari est indemne de syphilis, elle-même n'a jamais présenté d'accidents, et enfin elle a 3 enfants en parfait état, sans stigmates, et chez qui le B. W. a été négatif.

Nous notons ces points dès à présent, en raison de cette épilepsie hérédo-syphilitique de 1re génération apparue à 38 ans : nous y reviendrons au chapitre de la Syphilis héréditaire chez l'adulte.

II. — *Syphilis de 2e génération*

Un premier point s'impose : c'est la réalité de la transmission à la 2e génération.

Dans l'observation n° 1 le grand père paternel avait une syphilis connue et traitée, et chez les grands-parents maternels la syphilis ne parait pas douteuse : 12 fausses couches et 2 enfants morts en bas âge sur les 16 grossesses.

Dans l'observation N° 2, syphilis chez le grand père maternel.

Dans l'observation N° 3 syphilis du grand-père paternel mort d'une rupture d'anévrisme aortique.

Dans l'observation N° 4, syphilis des grands-parents maternels.

Un 2e point est extrèmement important : c'est qu'on a pu éliminer la syphilis acquise à la 1re génération. Nous

verrons en effet qu'une grosse difficulté vient de ce qu'on doit toujours se demander si un hérédo-syphilitique de 1re génération ne transmet pas la syphilis à la 2e génération uniquement parcequ'il est lui-même a nouveau infecté par une syphilis acquise.

Enfin nous noterons que : dans les 3 premières observations, les troubles présentés par les hérédo-syphilitiques de 2e génération sont peu marqués : troubles de la santé générales, troubles dystropiques légers, troubles psychiques, or dans ces 3 cas, la syphilis de 1re génération était elle-même peu marquée, fruste.

La dernière observation, au contraire, comporte une syphilis de 2e génération hypervirulente mortelle : dans ce cas la syphilis de 1re génération était elle-même hypervirulente.

Caractères propres à la Syphilis de 1re et à la Syphilis de 2e génération

Le dépouillement de ces observations nous permet déjà de marquer les caractères propres à chaque génération touchée par la syphilis.

POUR LA SYPHILIS DE 1re GENERATION, nous n'insisterons pas : ses manifestations sont suffisamment connues.

Des manifestations précoces, nous ne parlerons même pas :ce n'est pas notre sujet et d'ailleurs il suffit de rappeler que les signes en sont nets en général. Cette véritable septicémie syphilitique se fait souvent reconnaître d'emblée

par des lésions typiques, multiples, *localisés électivement* (pemphigus palmo-plantaire, gros foie et grosse rate, coryza, plaque muqueuses péri-anales....)

Des manifestations tardives nous dirons également peu de choses, on sait qu'ici encore des *stigmates électivement localisés* la caractérisent surtout, et la *Triade d'Hutchinson* est la plus classique et la plus importante de ces localisations.

Donc de très grosses lésions physiques restent comme stigmates chez l'hérédo-syphilitique qui a survécu.

Cependant, à côté de ces cas, il y a ceux, nombreux où les lésions physiques sont moins nettes, voire absentes : syphilis larvée, syphilis latente, syphilis dystrophique, tels sont les cadres où l'on range ces faits.

Et ceci nous amène à rappeler l'opposition qu'on a fait entre :

Syphilis avec stigmates physiques évidents.

Syphilis dystrophique.

On avait voulu faire de la 2e une sorte d'imprégnation toxinique, sans qu'il s'agisse d'infection réelle. Mais en fait on n'admet plus cette manière de voir. C'est ainsi que Leredde (13) soutient quil n'y a pas de différence entre la syphilis héréditaire tardive à lésions physiques et la syphilis dystrophique, c'est toujours de la syphilis et les sujets dans les 2 cas sont des infectés mais « quand on dit syphilis dystrophique il faut entendre infection latente ». Audrain avait déjà soutenu la même thèse (14) et la majorité des auteurs rejette aujourd'hui cette distinction.

Mais d'où viennent ces différences ?... de l'état où se trouvait la mère pendant sa gestation — à syphilis mater-

nelle virulente — mal traitée ou non traitée — syphilis héréditaire virulente. — Une syphilis maternelle peu virulente, ou traitée, donnera une hérédo-syphilis peu virulente elle-même.

La mortalité par syphilis héréditaire doit d'abord être rappelée. Nous la trouvons dans nos observations et celle polyléthalité infantile est classique.

Une statistique récente donnait pour les enfants de ménages syphilitiques *une mortalité de* 50 o/o.

Mais la morbidité serait bien supérieure, si bien qu'en définitive 1/4 à peine des descendants de 1re génération reste sain (Kauffmann, Wolff et Abrahamson) (1).

Ces cas correspondent évidemment à des syphilis maternelles en pleine activité, et peu ou mal traitées.

Pour les enfants qui survivent, ils sont tous touchés, selon Leredde. Pour lui « tout enfant de femme syphilitique est infecté par le spirochète, même si la mère a été traitée pendant la grossesse, même si la syphilis de la mère est ancienne » (15). Mais alors qu'une femme non traitée aura un enfant porteur de lésions physiques nombreuses une mère traitée ou à syphilis ancienne, aura un enfant en apparence sain ou très peu touché, porteur de ce qu'on peut appeler une « Crypto-Syphilis » Et Leredde divise les signes de l'hérédo-syphilis en 2 grands groupes :

Les signes spécifiques ressortissant surtout aux cas venus d'une syphilis maternelle intense.

---

(1) Mortalité et morbidité chez les descendants infectés et non infectés de syphilis : Kauffmann, Wolff et Abrahamson - Zeitschrift f. Klin Mediz. N° 3 et 4 — analysé in Zentralblatt f. Innere Mediz. 1921 - p. 807.

Les stigmates dus à une syphilis maternelle moins virulente.

Les signes spécifiques se verraient à tout âge, mais surtout au début : la syphilis virulente dont ils témoignent empêche bien souvent en effet ces sujets de survivre.

Les stigmates.

En cas d'infection assez marquée : sont congénitaux et donnent des *malformations.*

En cas d'infection atténuée : sont plus lents à déterminer des troubles. Ils n'agissent qu'après la naissance, frappant les os, la peau, les yeux, les glandes endocrines. De là ces *dystophres* spéciales de la 2e enfance.

En résumé l'hérédo-syphilis de 1e génération peut se présenter sous deux aspects :

1° *Une hérédo-syphilis virulente* : c'est celle décrite classiquement avec les « stigmates » clasiques ceux que Leredde appelle des « signes spécifiques ».

2° *Une hérédo-syphilis atténuée :* beaucoup plus fréquente mais alors tellement atténuée qu'elle passe inaperçue, c'est une véritable crypto-syphilis.

LA SYPHILIS DE 2e GENERATION pose encore des problèmes plus intéressants encore.

1° *Existe-t-elle à coup sûr ?* Il est évident que lorsque la syphilis remonte au delà de la 1re génération, il est souvent très difficile de prouver scientifiquement qu'il s'agit bien de syphilis héréditaire. Une femme hérédo-syphilitique a pu elle-même être contaminée à nouveau par une syphilis acquise, et cette syphilis acquise aurait pu s'installer sans

être révélée par aucun accident connu de la malade. Or dans nos observations de 2e génération nous croyons avoir pu éliminer la syphilis acquise chez les géniteurs.

En effet pour les observations n° 1, 2 et 3 ce sont des sujets qui ont été connus depuis l'enfance, pour certains, depuis de longues années, pour les autres, par notre maître Grenet. L'interrogatoire, l'examen médical répété, on peut même dire constant, ont éliminé la syphilis acquise.

Du reste ces observations pourraient être controlées par l'apport d'autres plus nombreuses. C'est ici que l'étude de la *famille syphilitique* prendrait toute son importance.

Leredde rapporte également un cas indiscutable de syphilis de 2e génération par lui observé : mais comme l'hérédo-syphilis venait du père et que la mère n'était pas hérédo-syphilitique, ce cas, pose la question de la transmission et de la contagion de l'hérédo-syphilis.

2° *Transmission et contagion de l'hérédo-syphilis.* Comment en effet se transmet la syphilis héréditaire de la 1re à la 2e génération ?

Lorsque c'est la mère qui est hérédo-syphilitique la transmission est logique par infection placentaire. Mais lorsqu'elle n'est pas hérédo-syphilitique ?

Il n'y a alors que 2 explications :

Ou bien la mère était elle-même hérédo-syphilitique, mais sa syphilis était larvé.

Ou bien l'hérédo-syphilis du père s'est transmise par la mère à l'enfant : ce serait la preuve de la contagion de l'hérédo-syphilis.

a) La 1re explication est bien près d'être acceptée par Leredde.

Dans 3 de nos cas (obs. N° 1, N° 2 N° 4) la mère est en cause. Et même on a vu que dans l'obs. N° 1 les grands-parents maternels aussi bien que paternels étaient entachés de syphilis.

Quant aux cas où l'hérédo-syphilis n'est pas retrouvée chez la mère ce serait pourtant qu'elle existe, larvée, fruste.

Ainsi donc, toute syphilis de 2e génération nécessiterait l'infection héréditaire et de l'homme et de la femme.

b) Mais la 2e génération doit cependant être examinée de près ,en raison de son importance. Peut-il y avoir transmission d'une syphilis hériditaire de l'homme infecté à la femme saine ?

La syphilis héréditaire est-elle contagieuse ? Problème d'une importance considérable. Audrain admet sans discussions la contagiosité de la syphilis héréditaire de l'homme à la femme. Mais la plupart des auteurs ne font qu'ignorer le problème ou le poser simplement.

Dans son ouvrage sur l'hérédo-syphilis, Leredde relate précisément un cas ou sans conteste la transmission semble faite du père à la mère du syphilitique de 2e génération. Il ne prend pas parti, mais admet la possibilité du fait.

Et il conclut que « le problème de la contagion de la syphilis héréditaire, problème dont l'importance n'a pas été aperçue jusqu'ici par les syphiliographes, est d'une extrême difficulté et ne saurait être résolue par une observation unique ».

Voici une 2e observation : c'est notre observation N° 3

de syphilis de 2e génération. La syphilis y vient du grand-père paternel, tabétique, il mourut d'une rupture d'anevrysme aortique. Au contraire, du côté maternel on ne peut trouver rien de suspect. Et tandis que le père accusait la tare syphilitique par des fractures spontanées de l'enfance, la mère est normale. Nous insistons sur ce que cette famille est connue personnellement de notre maître Grenet — ce qui permet d'affirmer avec une certitude quasi-scientifique, qu'il n'y avait pas là d'hérédo-syphilis du côté maternel.

Tel est donc le problème de la contagion de l'hérédo-syphilis : il est voisin de celui de la contagiosité de la syphilis tertiaire, et l'on a pareillement cité quelques cas de contagion par lésions gommeuses.

De toute manière, nous ne pouvons qu'indiquer pareil problème : mais il mérite une étude complète, en raison de son importance scientifique aussi bien que sociale.

3° *La Mortalité* à la 2e génération paraît encore très élevée presque autant qu'à la 1re génération. Voici la statistique de Ed. Fournier, dans son ouvrage déjà cité sur la syphilis de 2e génération.

116 ménages hérédo-syphilitiques ont eu

367 gestations

117 morts — 192 survies

31 sains

161 tarés

Conclusion : La léthalité est de 40 o/o des cas, presque aussi forte qu'à la première génération.

De plus : sur ces 161 enfants tarés : presque tous étaient dystrophiques, 22 avaient des lésions virulentes.

Donc : 4/5 des survivants ont des troubles dystrophiques nets, 14 o/o seulement ont des signes de syphilis virulente.

4° *Les aspects cliniques* ici encore offrent 2 types bien différents : tantôt lésions nettes virulentes, tantôt, lésions frustes, peu virulentes.

Comment expliquer ces différences ? Dans une thèse récente Higoumenakis (17) donne une explication bien simple: le virus syphilitique « endormi » à la 1re génération se « réveillerait » à la 2e génération. Les formes à signes nombreux appartenant d'ordinaire à la 1re génération seraient dues à cette réviviscence. Les formes légères seraient dues à l'atténuation du virus d'une génération à la seconde.

Ainsi il n'y aurait absolument aucune différence entre les aspects de 1re et de 2e génération.

Mais nous ne pouvons accepter cette explication. Et nous ferons d'abord remarquer que nos observations de 2e génération : certaines ne comportant pas de manifestations dystrophiques nettement hérédo-syphilitique, or les générateurs n'en portaient pas eux-mêmes en général.

Pour les cas ou la syphilis de 2e génération tue d'emblée — et notre obs. N° 4 en est un exemple — c'est que le générateur avait une hérédo-syphilis hypervirulente.

Nous croyons donc que :

°A syphilis de 1re génération virulente correspond une syphilis de 2e génération virulente.

A syphilis de 1re génération fruste correspond une syphilis de 2e génération fruste.

Mais la statistique d'Ed. Fournier montre bien qu'à la 2e génération la règle est l'atteinte fruste et l'atteinte virulente est l'exception.

En dehors des cas indiscutables de 2 génération dont nous avons rapporté l'histoire, nous avons vu un certain nombre d'autres cas plus douteux : il ne nous souvient pas d'avoir noté les grands stigmates physiques, ainsi que Leredde appelle « les signes spécifiques » touchant l'œil, l'oreille, le nez.

Au contraire nous insisterons sur les aspects pris par ces atteintes de 2e génération.

1° *Des troubles de la santé générale* en ont résulté : c'est le cas de notre obs. N° 1.

2° *Des troubles de développement* sont notés (obs. n° 2).

3° *Des troubles dystrophiques légers* (lésions dentaires légères, voute palatine ogivale, atrophie testiculaire, phimosis...)

4° *Des troubles de l'intelligence et du caractère* (défaut d'attention, retard intellectuel, méchanceté et colères).

Mais surtout nous voulons déjà insister sur un point qui nous paraît important : c'est que ces troubles révèlent à l'enquête et à l'examen familiaux les mêmes chez les différents enfants de la 2e génération.

Tous les enfants de l'obs. N° 1 avaient des troubles de l'état général. Ceux de l'observation N° 3 ont des troubles dystrophiques et de l'intelligence ou du caractère de même allure.

5. — *Grands caractères de la syphilis de 1re et de 2e génération.*

Mais ce qui nous parait surtout intéressant c'est de dégager les grands caractères propres à l'atteinte de 1re et à celle de 2e génération.

Nous revenons sur ce que bien peu y ont insisté : on ne s'attache encore qu'à dresser le catalogue des si nombreux syndromes qui peuvent être dus à la syphilis héréditaire.

Leredde constate que les signes de la 2e génération ne paraissent pas être différents de ceux de 1re génération c'est aussi l'avis d'Higoumenakis. Ni l'un ni l'autre ne dégagent les grands caractères de ces accidents.

Audrain a eu le mérite de tenter cette analyse des caractères généraux de l'hérédo-syphilis suivant la génération considérée.

Pour lui quelle que soit l'ancienneté de la syphilis les lésions possèdent 4 grands caractères.

1° Localisation élective.

2° Rareté des phénomènees douloureux.

3° Périodicité des manifestations morbides.

4° Habitus d'énergie morale et de résistance physique très particulière.

Ces caractères se retrouveraient à la 1re comme à la 2e génération, mais ils iraient s'atténuant avec le temps et en dehors même de tout traitement. Quant aux différences entre la 1re et la 2e génération Audrain les stigmate mais ne les oppose peut-être pas assez nettement. Voici ce qu'on peut conclure de son étude :

A. — *A la 1re génération*

1° *La loi de la localisation élective* est presque toujours vérifiée : lésions typiques du foie, de la rate, de l'œil, de l'oreille, des dents.

2° *La loi de la périodicité des accidents* est nettement controlée selon Audrain: Et il la trouve dans le retour périodique de : crise gastriques, poussées hépatiques à répétition, poussée de névrite du trijumeau, de troubles nerveux, etc.... dont il fait des manifestations non douteuses de syphilis transmise.

3° *La loi de la Rareté des phénomènes douloureux* est classique, c'est « l'Indolence paradoxale » telle qu'on la trouve dans l'hydarthrose hérédo- syphilitique.

4° *Quand à l'habitus général* très spécial cet auteur en fait un signe excellent parce qu'il se retrouve identique chez tous les descendants dans la même génération.

Il est essentiellement constitué par une Excitation fonctionnelle générale, exaltant toutes les activités organiques. C'est ainsi que de véritables crises de boulimie ont été déjà par Fournier citées comme fréquentes Mais plus particulièrement il s'agissait *d'excitation psychique*. Ce n'est là qu'un phénomène passager dans la syphilis acquise c'est au contraire un fait habituel dans l'hérédo-syphilis. Ces sujets sont d'une activité psychique intense. souvent d'ailleurs désordonnée. L'expression la plus courante serait d'ailleurs cette « hypertrophie du Moi » s'associant à une énergie, à une ténacité de volonté, à un mépris de la dou-

leur rarement rencontrés ailleurs, formerait ainsi un ensemble bien spécial.

Un autre fait très important serait *l'allure paradoxale déconcertante* de ces faits, et Audrain donne comme éminemment indicatifs d'hérédo-syphilis ces retours inopinés d'énergie, de vigueur, d'audace.

B. — *A la 2e génération.*

1° *La loi de la localisation élective* est bien plus rarement observée. Les lésions diffusent bien d'avantage tout en s'estompant d'ailleurs. Et il n'y aurait guère alors de localisation électives qu'au niveau des *glandes endocrines*.

Hutinel et son école ont ottiré l'attention de ces endocrinides ,et pour Audrain le corps thyroïde, les surrénales l'ovaire, le pancréas seraient fréquemment touchés. Il y joint l'atteinte des *tissus lymphoïdes* et pour lui l'atteinte des tissus adénoïdiens, de l'appendice serait une des plus fréquentes manifestations de la 2e génération.

2° *La loi de la périodicité* se trouverait à ce stade assez souvent en défaut.

3° *L'absence de phénomènes douloureux* se vérifierait encore.

4° *L'habitus général* deviendrait moins impressionnant mais n'en resterait pas moins caractéristique. Chez l'enfant il serait typique, et on trouverait à coup sûr l'hérédo-syph. chez ces enfants constamment en proie à « une agitation désordonnée, sans raison ni objet, avec un perpétuel besoin de mouvement ». Ils feront « des tics de la face, ils auront des mouvements involontaires, des exagé-

rations diverses allant quelques fois jusqu'au déséquilibre moral ».

La lecture de nos observations montre la clinique d'accord avec ces lois en bien des points.

D'autres points appellent la discussion.

1° *Pour ce qui est des localisations électives* : il n'y a rien à dire : c'est un fait admis par tous. Nous constatons comme Audrain, qu'a la 2e génération les lésions sont beaucoup plus raremnt localisées. Autrement dit dans la syphilis de 1re génération il y a plutôt des lésions, dans la syph. de 2e génération il y a plutôt des syndrômes fonctionnels ou des dystrophies.

Quant à la localisation sur les glandes endocrines plus spéciale à la syphilis de 2e génération elle parait réelle : c'est cette localisation qui explique sans doute les dystrophies, le retard de développement et conditionne également les troubles psychiques et intellectuels.

2° *La loi de la périodicité* nous parait fort discutable.

C'est que nous ne saurions admettre comme le fait Audrain que des crise dues à un ulcère gastrique ou duodénal soient des accidents hérédo-syphilitiques. Pour les accidents admis vraiment dans la série hérédo-syph. la périodicité n'apparait pas évidente sauf peut-être en ce qui concerne les crises convulsives ou encore l'hydarthrose : nos observations 1 et 2 de syphilis de 1re génération sont justement dans ce cas. Encore dirons nous « Loi de la Récidive » bien plutôt que de la « périodicité ».

Mais à la 2e génération la loi de la périodicité se vérifie-

rait encore moins. Tout au plus pourrait-on faire remarquer que parmi les malades porteurs de troubles du caractère beaucoup sont des cyclothymiques.

3° *L'absence de phénomènes douloureux* reste juste en général. Remarquons pourtant que l'auteur lui-même paraît se contredire quand il place délibérément dans l'hérédo-syphilis les ulcères gastro-duodénaux, la névrite du trijumeau et autres affections dont l'essence même est la *Douleur*.

L'argument reste fort surtout dans les cas où l'on trouve indolentes des lésions qui d'ordinaire sont fort douloureuses : cette « indolence paradoxale » conserve alors une grande valeur.

4° *L'habitus général* semble très bien observé et décrit par Audrain.

Mais nous ne sommes pas d'accord avec lui sur 2 points.

D'abord, ce n'est pas uniquement un habitus d'excitation c'est très souvent aussi de l'asthénie et on y a insisté récemment.

Ensuite pour lui cet habitus est plus net à la 1re génération qu'à la 2e et nous pensons que l'inverse est plus conforme à la réalité, c'est qu'en effet cet ensemble est surtout dû à des localisations endocrinniennes et elles sont l'apanage surtout de la 2e génération, on peut même dire que c'est tout simplement à cet habitus spécial que se réduit parfois toute l'atteinte syphilitique de 2e génération.

a) A côté de l'excitation fonctionnelle générale l'asthénie se voit donc souvent.

Cette asthénie hérédo-syphilitique a définitivement ac-

quis droit de cité, seul M. Renaud est peu convaincu de cette origine syphilitique (1). Par contre Pr. Merklen, Devaux et Desmoulère ont étudié fort complètement les asthénies par troubles polyglandulaires d'origine syphilitique (2). Pour eux c'est une véritable « syphilis méïopragique », vraisemblablement pluri-glandulaire. Pautrier a publié de même 2 cas d'hérédo-syphilis avec asthénie d'origine surrénalienne (3) et M. Pinard a pareillement insisté sur l'asthénie et la mélancolie hérédo syph. (soc. médic. Hôp. Paris 8 mai 1925).

Par conséquent il ne faudra pas s'attendre à ce que tous ces hérédo-syphilitiques soient des excités, des énergiques, des désordonnés: souvent aussi ils seront des débiles, des fatigués, de asthéniques. C'est à ce titre que notre obs. N° 1 de syph. de 2e génération est intéressante montrant des enfants chétifs et facilement fatigués : ce sont des asthéniques.

b) *L'instabilité, et notamment le défaut d'attention.*

Paraissent également assez spéciaux. Nous trouvons cette caractéristique réalisée dans notre observ. N° 3 (obs. de 2e génération).

c) Enfin nous voulons insister à nouveau sur ce caractère très bien observé par Audrain et que nous avons vérifié : cet habitus spécial moral et psychique se retrouve identique chez les descendants de la même génération.

(1) M. Renaud, Bull et mem, soc. médic. Hop. Paris, 13 Février 1925.

(2) Pr. Merklen-Desvaux et Desmoulière. Les asthénies par troubles polyglandulaires d'origine syphilitique. La Presse médicale, 16 Fév. 1921.

(3) Pautrier, Bull et mem. Soc. médic. Hop. 13 Février 1925.

Notre observation N° 3 (2e génération) en fournit un bel exemple.

Ainsi, dans l'ensemble et d'après nos faits cliniques envisagerons nous comme suit la schématisation des aspects hérédo-syphilitiques.

1° *Hérédo-syphilitiques de 1re génération*

1° *Lésions à localisation élective* c'est le type classique réalisé dans notre obs. N ° 1 (1re génération) ;

2° *Lésions multiples, malformantes reconnaissables par leur association,* le type en est la classique : triade d'Hutchinson ;

3° *Lésions indélébiles* : l'œil, l'oreille, les os, les dents resteront lésés malgré le traitemnt. Ce sont véritablement des stigmates ;

4° *Lésions non ou peu douloureuses.* Surtout peu douloureuses en comparaison des dégats observés.

Une réserve s'impose :

Les syphilis larvées, frustes ne comportent pas ces grands caractères.

Leur reconnaissance devient alors beaucoup plus difficile, d'autant que leur champs s'est comme nous l'avons dit singulièrement agrandi.

2° *Hérédo-Syphilis de 2e génération*

1° *Peu de lésions physiques* : plus souvent il y aura un syndrôme fonctionnel, un trouble psychique, un habitus spécial ;

2° *Lésions moins marquées* même quand elles sont d'al-

lure spécifique. Les altérations des dents sont moins importantes et moins complètes ;

3° *Pas de localisation élective,* sauf en ce qui concerne les *glandes endocrines,* Hutinel a montré qu'il faut voir là une cause prédominante des dystrophies et des anomalies de développement, c'est sans doute à une localisation thyroïdienne qu'il faut rattacher une part des caractères d'excitation fonctionnelle générale ; d'hyperactivité, c'est sans doute à une localisation surrénalienne qu'il faut attribuer au contraire les asthénies hérédo-syph.

4° *Habitus et Psychisme spéciaux* d'une importance considérable à cela se réduit souvent le trouble apporté par l'hérédo-syph.

Tantôt : Il s'agit d'excitation et de suractivité.

Tantôt : il s'agit d'asthénie.

Ici encore des réserves s'imposent : les accidents peuvent être plus ou moins frustes encore, ou plus virulents.

Mais en résumé on peut dire que plus la syphilis héréditairement transmise vieillit et plus ses signes diffusent et s'estompent.

La syphilis de 1re génération garde le plus souvent l'allure spécifique. Quand elle ne le fait pas, le diagnostic risque de s'égarer.

La syphilis de 2e génération perd très souvent, le plus souvent même l'allure spécifique.

Ainsi donc, l'hérédo-syphilis suit une marche parallèle à celle de la syphilis acquise. Toutes 2 débutent par des lésions spécifiques, toutes 2 en vieillissant prennent des aspects d'ordre banal, sans spécifité aucune et dont le dia-

gnostic devient alors beaucoup plus difficile cependant, la localisation fréquente sur les glandes endocrines d'une part, les troubles fréquents du caractère et du psychime d'allure spéciale d'autre part restent assez spéciaux à cette hérédo-syph. vieillie pour aider à la faire connaître.

CHAPITRE V

Hérédo-Syphilis attardée chez l'adulte

C'est justement parceque l'hérédo-syphilis vieillie, peut prendre des aspects d'ordre non spécifique que le diagnostic en peut devenir délicat. Mais qu'elle détermine des troubles chez un adulte, et que ces troubles revêtent une allure banale, le diagnostic devient alors très difficile, on ne le fait souvent pas, si l'on n'y pense pas. Toutefois il faut bien dire que désormais on pense à chercher l'hérédo-syphilis sous les syndrômes le plus divers. Rappelons simplement le rôle qu'on a voulu faire jouer à la syphilis héréditaire dans les cirrhoses hépatiques dans les ulcères digestifs, dans l'appendicite, dans le goitre exophtalmique...

Parfois, ce rôle n'est que problématique. D'autres fois, il est certain, et on peut alors parler véritablement d'une « *hérédo-syphilis attardée chez l'adulte* ». En les cherchant, on s'aperçoit que ces cas sont nombreux. Nous n'avons retenu que quelques aspects cliniques, chacun posant un problème de diagnostic particulier, et comportant des enseignements spéciaux.

1. — *Anémie grave hérédo-syphilitique*

P. Lucie, 22 ans.

Cette jeune femme est la mère de l'enfant qui figure dans l'obs. n° 4 des hérédo-syphilis de 2e génération. Elle fut admise dans le service du Dr Grenet, salle Dupré, en novembre 1924 pour une fatigue intense, avec éblouissements et pertes de connaissance.

Cette faiblesse existait depuis une grossèsse arrivée à terme en mars 1924. Pendant toute la durée de la gestation des malaises divers se succèdèrent. Et nous avons vu que l'enfant était mort au bout de 3 jours après avoir présenté du méléna.

Six ou sept mois après l'accouchement : asthénie, fatigue, vertiges. Des syncopes l'obligèrent à arrêter son service d'infirmière à l'hôpital Laënnec.

La simple inspection révèle l'anémie : téguments d'une pâleur diaphane, lèvres décolorées, yeux excavés, muqueuses décolorées.

L'examen ne donne que peu de renseignements :

Poumons normaux.

Cœur normal (légère accentuation du 2e bruit).

Réflexes normaux.

T. A. 10 1/2 - 5 1/2 (Pachon Gallavardin.)

Un seul signe important : La rate est percutable sur 4 *à* 5 *travers de doigts.*

L'EXAMEN HEMATOLOGIQUE donne :

G. Rouges	2.950.000
Hémoglobine	65 o/o
G. Blancs	6.900
Formule lencocytaire	
Polynucl.	84
Eosin	4
Grands et moyens monon. et Lymphocytes	12

On élimine toute cause toxique, infectieuse, parasitaire, à la base de cette anémie :

Examen radiologique des poumons, de l'estomac, recherche du sang dans les selles, recherches des parasites dans les selles furent négatifs.

Mais l'hérédo-syphilis par contre est indéniable :

1° Le père de la malade est mort brusquement à l'âge de 42 ans.

2° L'enquête familiale révèle que cette malade n'a eu que 1 frère et 1 sœur mais :

Le frère qui était l'aîné, est mort 2 mois après la naissance.

La sœur qui était la 2e n'a jamais marché ni parlé et est morte à l'âge de 4 ans.

Notre malade étant la 3e a seul survécu.

3° La malade a quelques malformations dentaires : amorphisme dentaire, incisives supérieures irrégulières, avec multiples érosions ; incisives inférieures petites, striées.

Très important écartemnt des incisives supérieures. Mais elle ne présente pas d'autres stigmates.

4° Rappelons qu'elle a accouché d'un enfant mort 3 jours après la naisance de mélena.

5° Le B. W. est resté négatif dans le sang.

Après traitement par le sulfarsénol intra-musculaire le nombre des gl. rouges remonte à 3.060.000 et la malade améliorée reprit son service d'infirmière.

Mais elle dut être hospitalisée à nouveau en juin 1925 : La rate est encore percutable sur 6cm.

Examen hématologique.

G. R.		3.340.000
G. B.		12.100
Formule	Poly	70
	Mono	16
	Eosinos	4

Un nouveau traitement arsénical par voie veineuse remonta de nouveau la malade de façon satisfaisante.

Conclusion : Anémie intense, avec grosse rate, chez une hérédo-syphilitique adulte.

Ce cas est intéressant : cette anémie ne faisant pas d'emblée sa preuve hérédo-syph.

On cherchait en vain une cause possible. L'enfant mort aussitôt après sa naissance orientait le diagnostic qui se fondait sur quelques stigmates dentaires nets et surtout sur l'enquête familiale.

Rappelons que la syphilis acquise surajoutée était éliminée tant par examen de la malade que par examen du père de l'enfant.

Rappelons aussi que, pour Leredde, chez tous les héréditaires-syph. on trouve des *altérations sanguines* avec : anémie marquée, polynucléaires diminués et formule à *prédominance monocytaire* : cette monocytose serait un signe important. Nous noterons, que dans ce cas nous n'avons rien trouvé qui fut comparable au schéma de Leredde.

2. — *Méningite subaiguë hérédo-syphilitique*

M. Jous, Henri, 22 ans, mécanicien.

Ce jeune homme entré dans le service du Dr Grenet le 19 nocembre 1924, pour une céphalie intense et rebelle avec vertiges.

Depuis 4 mois ces troubles, apparus brusquement n'ont pas cessé :

La céphalée, au début, était permanente, s'accompagnant de vertiges aussitôt que le malade se mettait debout. Couché il n'avait plus de vertiges, mais souffrait encore de la tête. Depuis lors, la céphalée a persisté mais est devenu intermittente. Elle est aussi bien diurne que nocturne. Elle est souvent très violente, obligeant le jeune malade à interrompre son travail et à se coucher.

Les analgésiques ne le calment que momentanément quant au *siège* de cette céphalée, il n'est aucunement localisé : et la douleur est tour à tour à prédominance frontale, pariétale, occipitale.

L'Examen ne fournit que des signes négatifs :

Appareil respiratoire, normal,

Cœur, indemne avec T. A. - 15 - 8 1/2.

Foie et rate normaux.

Réflexes tendineux tous normaux.

Réflexes pupillaires normaux à tous les modes.

On remarque seulement :

Voute palatine ogivale.

Petits ganglions épitrochléens bilatéraux.

Mais par contre, une ponction lombaire donne des résul-

tats très importants :

Cytologie : 20 lymphocytes par millimètre cube Hyperalbuminose : 0 gr. 40.

Réaction de B. Wassermann : fortement positive dans le L. C. R.

On élimine une méningite par syphilis acquise du fait qu'il n'y avait eu ni chancre, ni roséole, ni autres accidents et surtout que le B. W. dans le sang était *négatif.*

Aucune autre cause que la syphilis ne peut d'aillleurs être relevé : et notamment il n'y a aucun antécédent otitique.

L'ORIGINE HEREDO-SYPHILITIQUE fut donc incriminée et voici les résultats de *l'enquête familiale.*

Le père est bien portant, ne présente aucun stigmate et son B. W. sanguin est négatif.

La mère, est en bonne santé mais elle fait remarquer qu'elle a eu cinq frères ou sœurs, qui sont tous morts en bas âge : elle est la seule qui ait survécu.

ILS ONT EU 8 ENFANTS.

Le 1er, un garçon de 24 ans bien portant, migraineux.

Le 2^{e} est notre malade.

Le 3^{e} est une fille, 21 ans, fait depuis 2-3 ans des douleurs otalgiques sans écoulement. Pas d'autres stigmates. B. W. négatif.

Le 4^{e} une fille, 18 ans, a été soignée pour des troubles oculaires probablement iritis, a fait une paralysie faciale du type « a frigore » il y a 3 ou 4 ans. B. W. négatif.

Le 5^{e} une fille, 16 ans, bonne santé.

Le 6e fausse couche de 2 mois.

Le 7e fausse couche de 2 mois.

Le 8e garçon de 6 ans.

D'ailleurs : un traitement mixte, par novarsenobenzol et cyanure de mercure intraveineux, firent disparaître céphalée et vertiges.

Mais il faut noter que ce jeune homme fut de nouveau examiné 6 mois plus tard : il avait reçu encore à ce moment une série d'injections intra-musculaires de Benzo-Bismuth et si la céphalée ne reparaissait plus qu'à de lointains intervalles, et peu importante la P. L. montrait les mêmes altérations persistantes.

Lymphocytse et hyperalbuminose.

B. W. positif dans le L. C. R.

3. — *Sclérose pulmonaire pseudo- tuberculeuse chez un hérédo-syphilitique.*

Achille Rob, 29 ans.

Malade hospitalisé en janvier 1925 à l'hôpital Laënnec dans le service du Dr Grenet pour des troubles pulmonaires, avec toux, expectoration, point de côté.

Il raconte en effet un passé de tuberculose pulmonaire :

En 1916, à l'âge de 22 ans, il avait été réformé : on le considérait comme tuberculeux pulmonaire. Depuis lors il a continué à tousser et à cracher.

Un épisode à noter : En 1924 il a fait une sciatique bilatérale.

Un fait important à mettre tout de suite en valeur : l'état général n'est aucunement touché.

A l'examen pulmonaire on trouve des signes qui paraissent confirmer la tuberculose.

A gauche : submatité du sommet, avec râles bulleux fins descendants assez bas.

A droite : submatité sous-claviculaire, respiration soufflante sous la clavicule, râles à bulles fines au même endroit.

La Radioscopie (Dr. Maingot) montre « foyers de petites granulations peu foncées au dessous des 2 clavicules avec à gauche, petite bande d'ombre inter-scissurale ».

Mais l'examen des crachats à plusieurs reprises ne trouve pas de B. de Koch même après 2 homogénéïsations avec enrichissement par étuvation.

Ultérieurement une inoculation au cobaye est restée sans résultats.

Or, ce malade présentait des stigmates d'hérédo-syphilis.

1° *Malformations dentaires.*

Dents avec érosions en nappes.

Canines avec atrophie des cuspides.

Incisives latérales déformées et ressemblant à des canines.

Dents inférieures multi-érodées.

2° *Voute du palais ogival.*

3° *Malformations osseuse :*

Tibias : nettement courbés, déviés en dedans et en lame de sabre, surtout au niveau du tibia gauche.

Avant bras droit : les 2 os sont nettement déviés en dedans.

4. — *Le B. Wassermann est franchement positif.*

Conclusion : lésions pulmonaires fibreuses des 2 lobes supérieurs, sans tuberculose pulmonaire chez un hérédo-syphilitique.

Une 1re remarque s'impose : c'est que chez un adulte il est souvent très dificile d'éliminer la syphilis acquise surajoutée. Ici, par exemple, l'interrogatoire, l'examen n'ont pas relevé cette syphilis acquise : mais on ne peut pas l'éliminer avec une rigueur scientifique.

Mais ce qu'il y a surtout d'intéressant, c'est l'atteinte pulmonaire par hérédo-syphilis.

La syphilis pulmonaire est l'une des manifestations viscérales de la vérole la moins nettement étudiée.

Dans la syphilis acquise, on sait, avec Sergent, le rôle que joue cette syphilis dans les scléroses pulmonaires, au point que chez tout tuberculeux fibreux on doit suspecter la syphilis.

Pour les autres lésions pulmonaires, non fibreuses la certitude n'est pas atteinte, et le champ de la syphilis pulmonaire reste flou.

L'hérédo-syphilis pulmonaire est encore plus mal élucidée. Il n'est guère qu'un point d'acquis solidement : c'est l'hérédo-syphilis précoce du poumon donnant les classiques lésions de pneumonie blanche. Pour le reste, on est mal fixé, encore que le rôle de l'hérédo-syphilis soit invoqué dans la dilatation des bronches.

Pour Harvier (1) le poumon est beaucoup plus rarement touché que les autres organes. D'autres auteurs donnent des chiffres discordants :

Osler : 12 cas sur 2.800 autopsies.

Carrera : 12 cas sur 152 autopsies de sujets syphilitiques.

Mais l'hérédo-syphilitique parait bien capable de réaliser des syndrômes pulmonaires *pseudo-tuberculeux* chez des adultes, risquant ainsi d'égarer complètement le diagnostic c'est ainsi que Leredde résume un travail de M. Castex qui a lui-même étudié :

15 observations antérieurs.

15 observations personnelles.

Leredde ajoute lui-même 3 observations, et la nôtre vient confirmer ces faits.

Nous insistons sur deux points intéressants :

(1) Traité de médecine, Masson, Paris 1923, fascic. X.

1° Ce malade avait un état général parfaitement conservé malgré une affection pulmonaire évoluant depuis 9 ans. Ce fait doit être tenu d'emblée pour peu habituel dans la tuberculose, et faire penser à la syphilis.

2° L'évolution étant à peine subfébrile : malgré des lésions nettes et assez étendues, bilatérales, le malade était presque apyrétique.

Enfin nous rappellerons que pour d'aucuns, l'hérédo-syphilis joue un rôle dans l'*emphysème pulmonaire* (Leredde). Paris médical 1917, et nouvelles études sur la syphilis : Maloine, Paris 1921). Dans l'asthme, pareillement elle pourrait être en cause : on trouve 22 observations d'Alençon (de Fécamp) et 33 observ. de Leredde. Mariano Castex pense également que l'asthme serait souvent chez des hérédo-syphilitiques. Mais ce ne sont là que faits peu prouvés encore, et beaucoup moins assurés que ces syndrômes pseudo-tuberculeux d'origine hérédo-syphilitiques dont nous rapportons ici un cas.

4. *Hypertension artérielle solitaire chez un adulte de 27 ans hérédo-syphilitique*

M. P., 27 ans

Ce jeune homme vient consulter à l'hôpital Laënnec en octobre 1924.

Depuis 3 mois il se plaint de douleurs cardiaques de palpitations assez pénibles.

A l'auscultation on ne lui trouve aucune modification des bruits de son cœur, aucun souffle, à peine une légère accentuation du 2e bruit à la base.

La radio montre.

« Aucun signe radioscopique de lésions cardiaque ou pulmonaire, aorte normale, Phénomène de feston diaphragmatique à droite » (Dr Maingot).

Mais la prise de la T. A. donne les chiffres 23-11 (Pachon Gallavardin).

Cette hypertension ne variera pas, à d'autres mesures ultérieures. Et l'on n'a trouvé nulle part la raison.

Aucune lésion rénale actuelle.

Le passé pathologique du malade n'explique pas en effet cette hypertension : il n'a pas eu de maladies infectieuses graves, pas d'angines à répétition, pas de scarlatine.

Mais l'hérédo-syphilis est dépistée.

Les pupilles étaient inégales : la droite plus grande que la gauche, et la gauche irrégulière. Nous avons vu que cette inégalité ne pouvait s'expliquer par aucune lésion du poumon.

Les dents portaient quelques malformations : Ecarte-

ment important des incisives. Erosion des incisives.

L'enquête familiale révèlait qu'il était le 3e enfant.

Le 1er bien portant.

Le 2e fausse couche.

Le 3e c'est notre hypertendu.

Mais le malade raconte que sa mère, interrogée aurait peut être été contaminé par un nourrisson nourri en même temps que son 1er enfant.

Le B. W. était en tout cas partiellement positif le 9 octobre 1924 chez cet hypertendu.

Conclusion : Hypertension artérielle solitaire chez un adulte jeune.

5. — *Hypertension artérielle avec troubles ovariens chez une hérédo-spécifique*

Mme L. 38 ans.

C'est une malade qui vient consulter le Dr Grenet pour une céphalée avec vertiges, troubles persistant depuis 2 ans.

La T. A. fut trouvée élevée. 19-10 tant au Pachon Gallavardin que par la méthode auscultatoire.

Mais on ne releva

Aucune lésion cardiaque.

Aucune lésion rénale.

Des troubles ovariens furent accusés : règles peu abondantes mettant 2 jours à s'installer.

Mais l'hérédo-syphilis paraissait certaine :

Dans l'enfance, cette malade a eu une choroïdite dont il subsistes un reliquat sous forme d'une taie de la cornée.

Elle a eu en outre : des otites, des adénopathies cervicales, et à l'âge de 13 ans un état anémique avec albuminurie, disparue par la suite.

A l'examen, le 31 janvier 1925 on trouva d'autre part dans la région du tendon d'achille gauche une éruption papulo-tuberculeuse circinée, violet, foncé reposant sur une peau d'aspect violacé.

Des lésions semblables, mais moins accentuées, existaient du côté droit.

Par ailleurs : pas de dystrophies dentaires ou osseuses.

L'enquête familiale ne révèle que peu de chose :

Le père est mort d'accident.

La mère est morte peu de temps après.

Un frère est vivant, paludéen.

Le B. Wassermann et le Hecht sont franchement positifs (11 février 1925).

D'ailleurs : un traitement spécifique (élixir Deret d'abord, Benzo-Bismuth intra musculaire ensuite, auquel on a associé l'opothérapie a fait disparaître totalement l'éruption papulo-tuberculeuse des jambes, et abaissé la tension artérielle d'abord à 17,5 - 7, puis à 15,5 - 8.

Le 8 juillet 1925 la réaction de B. W. (pratiquée au même laboratoire) ne se montrait plus que faiblement positive.

Conclusion : Hypertension artérielle avec troubles menstruels chez une hérédo-syphilitique. Hérédo-syph. paraissant suffisamment démontrée par les antécédents de la malade.

Cette malade semble avoir localisé son hérédo-syphilis surtout sur les glandes endocrines : dans l'enfance, l'œil et l'oreille ont été touchés, mais plus tard c'est l'ovaire qui a surtout été lésé. Et l'hypertension artérielle semble bien relever d'une atteinte endocrinienne.

Ces 2 observations d'hypertension artérielle sont très importantes.

On sait en effet aujourd'hui que chez les jeunes l'hypertension artérielle doit toujours faire chercher l'hérédo-syphilis. Et chez l'enfant c'est toujours une manifestation hérédo-syphilitique, comme l'a fort bien montré *Géné-*

vrier (1).

Ces 2 observations sont probantes :

Dans la 1re c'est un adulte jeune, chez qui l'hypertension est solitaire, sans aucune cause possible autre que l'hérédo-syphilis.

Dans la 2e c'est une femme plus âgée chez qui l'hypertension peut être en partie conditionné par des troubles endocriniens sous la dépendance d'une syphilis héréditaire.

Dans les 2 cas on voit l'intérêt de trouver l'origine de cette hypertension artérielle puisque le traitement pourra l'améliorer.

(1) L'Hypertension artérielle stigmate d'Hérédo-syphilis. - Bulletin médical 11 et 14 janvier 1925.

6. — *Crises épileptiques généralisées et partielles chez un hérédo-syphilitique*

Mme P., 36 ans.

Cette malade est celle qui a fait l'objet de notre observ. N° 2 (syphilis de 1re génération).

Nous rappelons qu'elle fit ces crises épileptiques à partir de l'âge de 30 ans : ce qui conduisait à chercher — toute autre cause étant absente — une syphilis acquise.

Mais on ne la trouva ni chez elle, ni chez son mari.

Au contraire la syphilis se retrouvait sans doute possible chez sa mère et chez une sœur : elle-même portait quelques légers stigmates dentaires et une pupille irrégulière.

Le traitement au sulfarsénol fit disparaître les crises et améliora égalemnt des troubles ovariens. C'est vraisemblablement ce dysfonctionnement ovarien qui jouait un rôle important dans l'éclosion des crises, liées à la menstruation, fait qui montre encore la localisation fréquente de l'hérédo-syphilis sur les glandes endocrines.

Conclusion : Crises épileptiques avec troubles ovariens chez une hérédo-syphilitique adulte.

Tout l'intérêt de cette observation est que chez une femme adulte dont l'hérédo-syphilis ne s'impose d'abord pas, ces crises épileptiques peuvent paraître de cause obscure : ici l'enquête familiale a joué un rôle prépondérant.

Il résulte de tous ces faits que chez l'adulte on a souvent l'occasion de trouver des syndrômes pouvant être réalisés

par des causes diverses et qui sont dues à l'hérédo-syphilis. Le risque c'est que chez un adulte on ne pense pas à l'hérédo-syphilis. On voit quel est la valeur en pareil cas de l'enquête familiale. Si l'on cherche l'hérédo-syphilis on arrive ainsi à élucider certans troubles de cause indéterminée, et surtout on arrivera souvent à être utile au malade : le traitement spécifique donnera des améliorations souvent considérables.

CONCLUSIONS

1. Il existe une hérédo-syphilis de 2e génération sans que l'on puisse incriminer une nouvelle infection par syphilis acquise à la 1re génération.

2. Quelquefois les 2 générations étaient hérédo-syphilitiques. Souvent la syphilis vient de la mère. Plus rarement le père seul est hérédo-syphilitique et la mère semble indemne, par sa lignée de toute hérédo-syphilis et aussi de syphilis acquise.

Ce fait pose la question de la *Contagion* de l'Hérédo-syphilis.

3. L'Hérédo-syphilis de 2e génération est : tantôt virulente (14 % des cas) elle ressemble alors à celle de 1re génération. Plus souvent fruste ; elle a une allure un peu spéciale.

4. Elle s'oppose en effet à l'Hérédo-Syphilis de 1re génération par ce que :

Ses lésions sont moins marquées : ce ne sont pas des signes physiques, des stigmates, mais des dystrophies ou des syndrômes fonctionnels.

Elles ne sont pas localisées électivement, sauf en ce qui concerne les glandes endocrines.

La 2e génération comporte un habitus spécial d'énergie moral et physique ainsi qu'un *Psychisme par-*

ticulier. Ce fait est important car a cela se réduit parfois toute l'atteinte hérédo syphilitique.

Tantôt : il s'agit d'Excitation fonctionnelle, avec hyperactivité surtout psychique — « hypertrophie du moi » retours déconcertants d'énergie, d'audace.

Tantôt : Il s'agit d'asthénie continue, avec ralentissement de l'activité et tendance à la mélancolie.

Remarque capitale : Dans une même génération on retrouve ces mêmes caractères différents chez les différents enfants.

5. Enfin l'Hérédo-Syphilis peut passer inaperçue pendant l'enfance et l'adolescence pour donner chez l'adulte des syndrômes d'aspect plus ou moins banal : étudier cette *Hérédo-Syphilis attardée* chez l'adulte, ce serait passer en revue bon nombre de chapitre de la pathologie interne.

En tous cas cette Hérédo-Syphilis attardée a pû être retrouvée à la base : d'une anémie grave, d'une méningite subaigne d'une lésion pulmonaire fibreuse pseudo-tuberculeuse, d'Hypertension artérielle, de crises épileptiques apparues chez l'adulte...

6. De tous ces faits, il résulte que l'Hérédo-Syphilis « vieillit » tout comme la Syphilis acquise et en vieillissant, elle quitte le masque spécifique pour réaliser des lésions d'allure banale, ce qui complique bien souvent le diagnostic.

Vu : Le Doyen
ROGER

Vu : Le Président de la thèse :
NOBÉBOURT

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
P. LAPIE

BIBLIOGRAPHIE

Nous ne coterons ici que les références ayant trait à l'hérédo-syphilis de 2e génération. Les autres références ont été notées dans le cours même de ce travail.

1. Nouveau Dictionnaire de médecine et chirurg. prat. 1883. p. 695.
2. id. Vibert, page 696.
3. Fournier : L'hérédité syphilitique 1891.
4. Barthelemy : Essais sur les stigmates de para-hérédo-syphilis de 2e génération. Indice de dégénérescence de race. (Comptes rendus du XIIe congrès International, Moscou 1897, section VIII, page 391.)
5. Ed. Fournier : Stigmates dystrophiques de l'hérédo-syphilis, *Thèse*, Paris 1898.
6. Ed. Fournier : Les dystrophies de l'hérédo-syphilis de 2e génération. (Comptes rendus du XIIIe congrès international, Paris 1900, section de Dermat-syphiligraphique.
7. Tarnonsky : id. page 360.
8. Ed. Fournier : L'hérédo-syphilis de 2e génération, Rueff. edit. 1905.

9. Gaucher et Glover : *Anales des mal. vénériennes*, février 1908.

10. Jacquet et Barré : *Bull. Société médicale Hôpit. de Paris*, juillet 1908.

11. J. Audrain : Sur divers aspects de la descendance en cas de syphilis ancestrale insoupçonnée. *Bullet. société de Dermat et syphil.*, 10 février 1921.

12. Leredde : La syphilis héréditaire et la famille syphilitique, Maloine édit.

13. Leredde : *ibid* page 87.

14. Audrain : La syphilis obscure. Daoin, Paris 1911.

15. Leredde : *ibid* page 2.

16. Leredde : *ibid* page 126.

17. Higoumenakis : *Thèse*, Paris 1905.

TABLE DES MATIÈRES

Avant propos. 9
Chapitre I : Historique. 13
Chapitre II : Observations de syphilis de 1re génération. 17
Chapitre III : Observations de syphilis de 2e génération. 22
Chapitre IV : Discussion des observations. 33
Caractères propres à la S. de 1re et à la S. de 2e génération. 35
Transmission et contagion de l'hérédo-syphilis. . . . 39
Les 4 lois de Audrain. . . . . .
Conclusions 41
Chapitre V : Syphilis héréditaire « attardée » chez l'adulte 53
Anémie grave hérédo-syphilitique. 54
Méningite subaïgue hérédo-syphilitique. 58
Sclérose pulmonaire pseudo-tuberculeuse. 61
hérédo-syphilitique. 65
Hypertension artérielle solitaire chez un adulte jeune

Hypertension artérielle avec troubles ovariens chez une hérédo-syphilitique. 65

Crises épileptiques chez un adulte hérédo-syphilitique. 69

Conclusions. 71

Bibliographie. 73